ESSAI

N° 6.

SUR

LA PÉRICARDITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 janvier 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR E. A. ESCALLIER, de Douay,

Département du Nord;

Bachelier de la Faculté des lettres de la ville de Douay; ancien Elève de l'Ecole pratique de Paris, et Membre de la Société d'instruction médicale de la même ville.

Judicium difficile....
HIPP.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER, *Président.*
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PERCY, *Examinateur.*
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR

DES PÈRES,

Pharmacien à Douay ; Membre de la Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de cette ville, et de celle d'Agriculture, Sciences et Arts du département du Nord.

A MON AMI,

CH. FENNASSE,

Avocat à la Cour royale de Paris.

E. A. ESCALLIER.

ESSAI

SUR

LA PÉRICARDITE.

CHAPITRE PREMIER.

Définition et classification.

On entend par *péricardite* (περὶ, *autour*, καρδία, *cœur*) l'inflammation du feuillet séreux du péricarde.

Les phlegmasies des membranes séreuses forment aujourd'hui un ordre naturel de maladies, et c'est, en *nosologie*, une des plus belles découvertes de l'école moderne; c'est aussi la meilleure preuve de l'heureuse influence qu'apporta en médecine l'étude bien dirigée de l'anatomie et de la physiologie. Avant que l'identité dans l'organisation, les propriétés vitales, les fonctions et le mode d'altération de ces membranes fût démontrée, était-il possible de concevoir l'analogie qui existe entre les affections pathologiques de chacune d'elles ? Comment concevoir un rapprochement entre l'arachnoïdite et la pleurésie, entre la péricardite et l'inflammation de la tunique vaginale du testicule, etc.?

La plupart de ces membranes recouvrent les organes les plus essentiels à la vie, et leur sont unies par des liens celluleux vasculaires

et nerveux ; ce qui fait que leurs affections pathologiques s'y réfléchissent avec la plus grande facilité ; de là les vomissemens résultans de l'inflammation du péritoine développée dans la portion stomacale, le délire dans l'arachnoïdite, les battemens tumultueux du cœur dans la péricardite, etc., soit que la maladie se communique par continuité, soit qu'elle ne fasse en quelque sorte que retentir dans les organes que la membrane recouvre. On doit donc distinguer les phénomènes propres aux phlegmasies des membranes séreuses en *ceux qui appartiennent au système séreux lui-même*, et en *ceux qui appartiennent aux organes sur lesquels il se déploie*. Les premiers, partout les mêmes, peuvent former le caractère de l'ordre ; les seconds, au contraire, sont partout différens, et peuvent former les caractères génériques. C'est pour n'avoir pas fait cette distinction, que les nosologistes qui ont précédé ont fait des gastrites, des entérites, des épiploïtes, etc., en considérant l'inflammation comme occupant la totalité des organes. C'est pour cela aussi qu'on a confondu la péricardite avec la cardite, maladies que l'on doit aujourd'hui regarder comme parfaitement distinctes, du moins en théorie, si l'on veut mettre de l'ordre dans l'étude de ces affections. Nous regarderons donc, avec M. *Pinel*, la péricardite comme formant un genre dans l'ordre des phlegmasies des membranes séreuses.

CHAPITRE II.

Des causes.

Les causes prédisposantes et occasionnelles de la péricardite sont les mêmes que celles des inflammations en général ; cependant elles se rapportent plus spécialement à celles de la pleurésie et de la pneumonie. Tous les âges, excepté la première enfance et la vieillesse décrépite, sont sujets à la péricardite ; elle se rencontre plus souvent dans l'adolescence et la jeunesse ; un tempérament sanguin nerveux y prédispose.

Le passage du chaud au froid, surtout la poitrine étant découverte, les variations subites de l'atmosphère peuvent la déterminer. M. *Corvisart*, dans son bel ouvrage sur les maladies du cœur, rapporte deux observations intéressantes qui prouvent que l'intempérie atmosphérique de nos climats doit y exposer les habitans des pays dont la température et les saisons sont plus égales. La suppression d'une hémorrhagie nasale, d'un flux hémorrhoïdal, de l'évacuation menstruelle (1) et de la transpiration, de même que l'exercice immodéré du corps, peuvent la produire. *Sénac* rapporte un exemple de péricardite qui fut produite par une course forcée à cheval. J'ai vu l'inflammation du péricarde suivre presque immédiatement l'ingestion d'une boisson froide pendant que le corps était en sueur. (Voy. l'observation 3.) Cette maladie a quelquefois été le résultat de la suppression d'exanthêmes (2). Le principe de la goutte (3), du rhumatisme, peut se déplacer, et porter son action sur le péricarde; M. *Mathey*, dans son mémoire sur le rhumathisme du cœur (4), cite un assez grand nombre d'exemples de métastases de cette nature. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un homme qu'on traitait pour des douleurs rhumatismales aiguës dans les membres, et qui fut pris tout à coup d'une douleur derrière le sternum, avec angoisses et gêne extrême de la respiration, fièvre violente, syncope, etc., suivies de la mort deux jours après. L'examen du cadavre fit voir le péricarde exclusivement affecté; il était tapissé d'une matière albumineuse, concrète, et contenait une quantité assez considérable d'une sérosité floconneuse. Les coups, les chutes sur la région du cœur peuvent y donner lieu. M. *Corvisart* rapporte l'observation d'une péricardite qui survint à la suite d'un coup de poing reçu sur la région du cœur. *Sénac*,

---

(1) *Lieutaud*, Hist. anat. med., lib. 2, obs. 469.

(2) *Morgagni*, lib. 2, epist. 16, n.° 24.

(3) M. *Corvisart*.

(4) M. *Cédillot*, Journal gén. de méd., t. 2, fev. 1815.

d'après *Fabrice de Hilden*, M. *Pinel*, dans sa médecine clinique, nous offrent des exemples de cette maladie produite par une chute sur le thorax. Les affections vives de l'âme, et qui agissent fortement sur la circulation, ont quelquefois suffi pour la déterminer: *Harsenohrl* nous en a laissé un exemple que j'ai transcrit plus bas. L'inflammation d'organes voisins peut se transmettre au péricarde. *Guarinon* dit qu'il a presque toujours vu le péricarde rempli de pus, et le cœur lui-même recouvert d'une couche blanche, dans les cadavres d'individus morts à la suite d'nne pleurésie. (Théoph. Bonnet, *Sepulchret. anat.*) Quoique cette assertion soit exagérée, il est certain que la péricardite existe plus souvent qu'on ne le pense avec la pleurésie ou la péripneumonie. L'état anévrismal du cœur, en déterminant dans cet organe une nutrition plus active, un surcroît de vitalité, me paraît bien propre à produire l'inflammation de la membrane qui l'enveloppe et qui lui est unie si étroitement. Cette maladie peut survenir à la suite de certaines fièvres. (Journal des savans.) La variole a quelquefois porté ses ravages jusque sur le péricarde. (*Portal.*) Il n'est pas jusqu'aux virus de la peste et de la rage qui n'aient exercé leur action sur l'enveloppe du cœur. (*Capivactius, Deidier.*) Enfin la péricardite, comme la plupart des autres maladies, peut se manifester sans qu'il soit possible de lui assigner aucune cause.

CHAPITRE III.

Des symptômes.

Par son mode d'organisation, le péricarde est sujet à toutes les maladies des membranes séreuses; mais, dans aucune autre, des symptômes plus graves ne signalent l'invasion d'une phlegmasie; et ce danger tient presque entièrement au trouble apporté dans les fonctions du cœur.

I.re OBSERVATION.

Un homme à la fleur de l'âge fut pris de fièvre aiguë accompagnée d'une soif excessive, d'anxiété, d'agitation, d'une respiration fréquente, d'une ardeur de poitrine considérable, d'une toux sèche, avec syncope, tremblement du cœur, douleur fort légère dans le thorax du côté du sternum, angoisses extrêmes, pouls dur et inégal. On le traita comme pleurétique, et il mourut le troisième jour. L'examen anatomique du cadavre fit voir les traces d'une inflammation du péricarde ; on trouva cette membrane livide et rugueuse ; on y aperçut dans plusieurs points des aspérités miliaires (*miliaceæ*). (ZACUTUS LUSITANUS, *de prax. med. admir.*, lib. 2, obs. 138.)

II.e OBSERVATION.

Un jeune homme, après une certaine infortune dont il conçut du chagrin, se plaignit d'une douleur dans la région du cœur, d'angoisses dans le thorax, et fut pris d'une fièvre aiguë qu'avait précédée un frisson. Le pouls était dur et précipité ; la difficulté de respirer extrême, la soif des plus vives, les anxiétés et l'agitation continuelles, de même que la douleur qu'il ressentait dans la région du cœur ; son esprit était inquiet ; les nuits se passaient sans sommeil. Le sixième jour, il fut pris de lipothymie, et il mourut le septième. Le péricarde contenait près d'une livre de pus ; sa face interne était tapissée d'une couche purulente ; le cœur, petit et comprimé, était recouvert de la même matière, et semblait poilu. (*Harsenohrl.*)

Ces deux observations sont des exemples de péricardite aiguë et sans complications. Celle que je vais rapporter, et que j'ai recueillie moi-même, quoique compliquée de péripneumonie dans le commencement et peut-être dans la suite d'une affection orga-

nique, réunit assez de symptômes caractéristiques pour que l'inflammation du péricarde, aiguë d'abord et devenue ensuite chronique, soit facilement reconnue.

IIIe OBSERVATION.

Rose Boudinot, fille âgée de vingt cinq ans, est née à Corbeil, département de Seine-et-Oise, elle habite Paris depuis six ans, où elle exerce la profession de gantière. Réglée à quinze ans, elle l'a toujours bien été jusqu'à l'époque de la maladie actuelle. Elle est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin; naturellement gaie, vive et alerte, mais irascible et emportée; nullement sujette à la dyspnée ni aux palpitations. Son père est mort paralytique dans un âge avancé; et sa mère à cinquante-cinq ans, d'une esquinancie. Elle dit avoir eu une *inflammation de bas-ventre* à vingt-un ans, et une *fluxion de poitrine* à vingt-deux ans.

Il y a quinze mois environ (en novembre 1817) qu'après s'être beaucoup fatiguée à la walse, étant en sueur et la poitrine découverte, elle boit un verre d'eau froide; bientôt elle est prise d'un frisson violent, auquel elle oppose force punch. Dès ce même soir une fièvre brûlante s'allume avec douleur poignante du côté gauche de la poitrine, et sentiment d'ardeur insupportable dans cette partie, toux continuelle, palpitations violentes, anxiété extrême, syncopes, dyspnée et délire pendant la nuit. Le lendemain un sang pur et écumeux est rendu en abondance dans les efforts de la toux. Cet état violent dure trois jours, au bout desquels elle est transportée à l'Hôtel-Dieu. Le sentiment d'ardeur et la douleur existaient toujours dans la région du cœur; les battemens de cet organe étaient moins violens, et offraient une espèce de tremblement tumultueux; les défaillances étaient fréquentes, et se renouvelaient au moindre mouvement. Des looks, le sirop d'éther furent administrés, des sangsues furent apposées à la vulve et à la poitrine; enfin un vésicatoire fut appliqué sur cette dernière région. Après plusieurs mois de séjour dans l'hôpital, Boudinot sortit. De retour chez elle, ayant

abandonné toute espèce de régime, elle est bientôt forcée de chercher de nouveau du secours dans les hôpitaux. Elle entre à la Charité quatre mois après l'invasion de la maladie; elle présentait alors l'état suivant : décubitus presque assis, suffocation imminente dans la situation horizontale sur le dos, face pâle, lèvres d'un rouge intense; peu de céphalalgie, bouche pâteuse, amère, langue jaunâtre et humide, soif assez vive, anorexie, déglutition libre; abdomen un peu douloureux au toucher, constipation, urines rares et foncées en couleur; extinction complète de la voix, nulle douleur au larynx; poitrine généralement sonore, sauf à la région du cœur, où elle rendait un son mat, et était douloureuse à la percussion; respiration haute, précipitée, haletante par le moindre mouvement; accès de suffocation, toux sèche, sans soulagement, battemens du cœur inégaux, tremblans, pouls fréquent, très-irrégulier. Ces symptômes persistèrent long-temps, et furent souvent exaspérés par les imprudences de la malade; les syncopes se sont renouvelées de temps en temps. Les saignées générales abondantes furent pratiquées souvent pendant le séjour que Boudinot fit à l'hôpital; elles apportaient toujours un soulagement marqué. La poudre digitale avait aussi des effets fort avantageux; les maniluves chauds et les sinapismes aux pieds furent employés suivant que la gêne de la respiration et les anxiétés l'indiquaient; enfin on insista sur les boissons nitrées, et, après trois mois de ce traitement, la malade se trouva dans un état assez satisfaisant pour retourner chez elle.

Nouvelles imprudences, nouvelle rechute, mais avec un degré moindre d'acuité; alors les urines se suppriment, la soif est ardente, le ventre se tuméfie peu à peu, et acquiert un volume considérable, la fluctuation y devient manifeste; la face pâlit, les traits s'altèrent, les caroncules sont décolorées, les lèvres bleuâtres; la respiration redevient difficile, les battemens du cœur se font ressentir tantôt à droite, tantôt à gauche; les syncopes sont fréquentes et durent plus long-temps; lorsque la malade s'agite, il lui semble qu'un liquide tiède est versé sur son cœur; elle éprouve aussi la

sensation d'un corps étranger qui remontait de l'épigastre comme pour être vomi, et l'illusion est telle, que la malade boit une grande quantité d'eau chaude pour s'exciter à rendre ce prétendu corps; le pouls est petit, fréquent, serré. C'est dans cet état que Boudinot rentre à la Charité. La poudre de digitale, les boissons nitrées sont de nouveau employées; les urines coulent en abondance, et après un séjour de deux mois dans l'hôpital (neuvième mois depuis l'invasion), elle sort avec toutes les apparences de la santé, excepté une légère dyspnée qu'elle a conservée, et des palpitations du cœur qui se font sentir de temps en temps.

Depuis cette époque, j'ai appris que les derniers accidens ayant reparu, ils avaient forcé cette infortunée à chercher un asile dans les hôpitaux; et dans le moment où j'écris, elle reçoit des soins à l'Hôtel-Dieu.

Examinons maintenant quels sont les symptômes propres à la péricardite, ou du moins ceux que la plupart des auteurs s'accordent à lui attribuer, et tâchons d'apprécier la valeur de chacun d'eux : fièvre violente, dureté et inégalité du pouls, ardeur dans le thorax, douleur dans la région du cœur, mouvemens tumultueux, tremblement de cet organe; dyspnée, toux sèche, état d'anxiété, défaillances ou syncopes; voilà des symptômes, qui, lorsqu'ils se présentent aussi évidemment et sans complications, sont faciles à saisir, et se déduisent aisément des principes d'une saine théorie.

La fièvre (1) qui accompagne les inflammations des membranes séreuses, surtout de celles situées au-dessus du diaphragme, est en général vive; son début est marqué par un frisson violent, la chaleur qui lui succède est des plus intenses, la soif ardente, le pouls dur et fort. Ce caractère du pouls ne doit cependant pas être regardé comme constant dans la péricardite; les observations prouvent qu'il n'est pas le même dans tous les cas : en effet,

(1) Febris quidem acuta et vehemens accedit, tùm ratione affectûs, tùm quia sedes affecta parùm distat à corde. (*Salius Divers.*, cap. 6.)

« quand la péricardite est violente, ne doit-elle pas influer puis-« samment sur les mouvemens du cœur, ce premier mobile de la « circulation? et ne doit-elle pas se marquer par une certaine gêne « et une débilité du pouls (1)? » C'est par la même raison sans doute que dans cette maladie le pouls est si souvent inégal, irrégulier. On prévoit que ces caractères devront varier aussi suivant l'époque de la maladie. Outre ces causes, il en est d'autres dépendantes d'effets survenus dans le cours de la maladie, tels que des épanchemens, des adhérences, qui peuvent imprimer au pouls des modifications particulières. *Morgagni* rapporte, d'après *Valsalva*, l'observation d'un homme chez lequel, à la suite d'une péripneumonie dont il avait été guéri, il survint une toux sèche avec impossibilité de se coucher sur le côté gauche; défaillances quand il le tentait; *pouls imperceptible, de manière qu'il était impossible d'apprécier l'état de la fièvre.* A l'ouverture du corps on trouva, outre les autres signes de l'inflammation, deux productions fermes et résistantes, de forme cylindrique, et qui unissaient solidement le cœur au péricarde (2).

Les malades (disent les auteurs) éprouvent une chaleur considérable dans le thorax, qui se concentre peu à peu dans la région du cœur. Toutes les fois qu'un organe doit devenir le siége d'une phlegmasie, il s'établit dans les parties environnantes un mouvement fluxionnaire; la circulation y est plus active, la sensibilité y est accrue, et cet état est inséparable d'une certaine augmentation de chaleur; chaleur qui sera d'autant plus considérable, que l'inflammation sera plus intense, et qu'elle aura lieu dans un organe doué d'un plus haut degré de propriétés vitales, et qu'il sera plus voisin du centre circulatoire. Ainsi la chaleur devra être considérable, non-seulement en raison de la maladie elle-même, mais encore de son siége, qui est voisin du cœur et des poumons, véri-

(1) M. *Pinel*, Nosographie philosophique.

(2) Epist 24, n.° 2.

tables foyers de la vie : « *Non mirum est si etiam in thorace incendium persentiant.* » Sal. Div.

Les auteurs diffèrent beaucoup d'opinion relativement au caractère de la douleur dans la péricardite, et cette dissidence tient aux diverses hypothèses dont on est parti pour l'expliquer. Parmi les anciens, *Galien* jugea qu'elle devait être très-aiguë, non-seulement en raison de l'adhérence du péricarde à la portion tendineuse du diaphragme, qu'il appelle *pars nervosa septi transversi*, mais encore parce que la plèvre, qu'il regardait comme douée de beaucoup de nerfs, recouvre le péricarde. Au point où en est la science, cette théorie n'a plus besoin d'être réfutée. *Salius Diversus* (1) et *Freind* ont pensé que la douleur devait être moindre dans le médiastin et le péricarde, parce que ces membranes sont plus lâches, et qu'elles ne sont point attachées aux côtes, comme l'est la plèvre. Ces auteurs font donc dépendre la douleur plus grande dans la pleurésie de la compression que la membrane enflammée reçoit de la part des os. Mais comment auraient-ils expliqué l'atrocité des douleurs dans certaines péritonites, ou leur absence dans quelques pleurésies qui parcourent leurs périodes, et donnent lieu à un épanchement de pus considérable, sans avoir témoigné leur présence par la douleur (2)? Si l'on ne s'en rapporte qu'à l'expé-

---

(1) Non adest ita pungitivus dolor sicut in pleuritide, quoniam hæ membranæ, sicut illa, non firmantur ad costam, vel ad os alterum, cujus meritò compressa majorem persentiat ab eo punctionem, sed est in parte laxâ thoracis, nec hæ, sicut illa, adeò sensationem vigent, sed offendiculum ad sternon tantùm in his succedit, quoniam hæ partes ibi colligantur. (*Sal. Divers.*)

(2) Quoique l'extrême acuité de la douleur forme un caractère de l'inflammation des membranes séreuses, *Morgagni*, *Dehaen*, *Sarcone*, nous apprennent que la dissection des corps a quelquefois fait voir tous les indices d'une inflammation dont la plèvre avait été frappée pendant la vie, sans le moindre sentiment de douleur de la partie. On trouve également des observations d'arachnoïdite, de péricardite, qui n'ont été reconnues qu'à la mort des individus; et ces cas ne

rience, on conclura que ce caractère varie infiniment; que dans le plus grand nombre des cas la douleur est obtuse et brûlante; que plus rarement elle est aiguë et lancinante, comme dans la pleurésie; enfin que dans tous les cas elle varie suivant l'époque et l'intensité de la maladie.

Un phénomène singulier, que M. *Corvisart* a observé sur une dame qui fait le sujet d'une de ses observations, est le suivant : « Dans sa maladie, dit ce célèbre praticien, elle se plaignit quel- « quefois de la région du cœur, qu'elle montrait avec ses mains, « et où elle croyait sentir une grosse tumeur saillante (on ne voyait « rien). » J'ai eu occasion de remarquer un symptôme analogue chez la jeune fille dont je rapporte l'histoire (3.e obs.). Elle disait éprouver, lorsqu'elle s'agitait, une sensation semblable à celle qu'aurait produite de l'eau tiède qu'on aurait versée sur son cœur; il lui semblait aussi sentir un corps étranger qui remontait de l'épigastre, comme pour être vomi. Je pense que cette sensation dépend d'une modification particulière apportée dans la sensibilité de ces parties par l'état inflammatoire devenu chronique; et que de *latente* ou *organique* qu'est cette propriété dans l'état sain du péricarde, elle devient *animale* ou *percevante* lors de l'inflammation de cette membrane.

L'inflammation survenant dans le péricarde, il est impossible que cet état n'apporte quelque influence sur les fonctions du cœur par l'irritation qui se transmet de la membrane enflammée à l'organe qu'elle recouvre, et auquel elle adhère si intimement. On sait que toute irritation déterminée par quelque cause que ce soit sur la fibre musculaire doit y exciter les propriétés vitales; par conséquent la motilité qui lui est propre (*miotilité.* Chauss.) doit être augmentée, pervertie; et de même que l'estomac, par ses mouvemens convulsifs, les contractions auxquelles il se livre,

---

sont pas tellement rares, que je n'aie pu en recueillir des exemples dans les hôpitaux.

signale l'inflammation développée sur sa tunique péritonéale, de même les mouvemens tumultueux, désordonnés du cœur, suivront l'inflammation de son enveloppe séreuse. Mais ces mouvemens sont loin d'offrir un caractère constant. Un grand nombre d'auteurs les désignent comme une espèce de tremblement, de palpitations vagues, irrégulières, qui sont comme empêchées; d'autres fois ce sont de véritables et violentes palpitations, analogues à celles qu'on remarque dans les anévrismes actifs. Quelquefois enfin le tact le plus exercé peut à peine découvrir les mouvemens de l'organe.

Le cœur et le cerveau sont unis par les liens d'une étroite dépendance; l'abord continuel et régulier du sang qui coule dans les artères céphaliques est absolument nécessaire à l'entretien de la vie; tout désordre introduit dans les fonctions du cœur devra nécessairement amener du trouble dans celles du cerveau, troubles que signaleront les divers accidens de défaillance et de syncope. C'est en effet ce qu'on a lieu d'observer dans toutes les maladies du cœur ou de ses enveloppes, soit phlegmasies, soit maladies dites *organiques*. Aussi *Galien*, en nous parlant des deux gladiateurs qui succombèrent à une inflammation du cœur, dit qu'ils moururent de la même manière que ceux qui périssent par une syncope cardiaque. « *Inflammato autem manifestè corde, gladiatores vidimus* « *haud àliter, quàm qui cardiacâ syncopâ pereunt obiisse.* » (GAL. *de loc. affect.* lib. 5.)

Une liaison de fonctions n'unit pas moins intimement le cœur et les poumons; et, sans admettre avec *Sénac* que la dyspnée dépend de la proximité du péricarde relativement aux poumons (1), n'en trouverons-nous pas la cause dans le rapport des fonctions du cœur et du poumon? rapport qui fait que le premier ne peut être malade sans que le second ne ressente plus ou moins les effets de cet état

---

(1) La respiration ne peut pas être libre, puisque le péricarde est placé si près des poumons. (*Sénac.*)

morbifique. En effet, les mouvemens du cœur étant accélérés et pervertis, le *consensus* de mouvement et d'action n'existant plus entre ces deux organes, le sang accumulé dans les poumons reviendra difficilement au centre d'où il était parti; de là l'espèce d'essouflement, d'obstacle à la respiration, et en même temps cet état d'anxiété extrême qui accompagne presque toujours les maladies de cet appareil d'organes. Si l'on examine comment se fait la respiration chez un individu atteint de péricardite, on voit qu'elle est embarrassée, que l'inspiration est courte, et qu'au contraire l'expiration se prolonge beaucoup. « La difficulté de respirer était ex« trême (dit *Trécourt*, dans le rapport qu'il fit d'une épidémie de « péricardite qu'il observa à Rocroy); il y avait un long inter« valle de l'expiration à l'inspiration; mais celui de l'inspiration à « l'expiration était si court, qu'à peine l'air pouvait-il parvenir aux « premières divisions des bronches. »

Les angoisses et l'agitation qui accompagnent toujours l'inflammation du péricarde méritent de fixer l'attention : c'est cet état que M. *Corvisart* a si bien dépeint par l'heureuse expression de *jactitation*, empruntée à *Stool* : les malades qui l'éprouvent ne peuvent rester un instant dans la même position; sont-ils couchés, ils se mettent sur leur séant pour se recoucher aussitôt; ils quittent et reprennent successivement différentes positions, sans jamais trouver le soulagement qu'ils cherchent. J'ai vu un enfant qui présentait cet état au plus haut degré; il s'agitait de mille manières; il élevait ses mains en l'air et ne pouvait souffrir qu'on s'approchât de lui, disant qu'on l'étouffait.

Marche des symptômes. Il est peu de maladies dans lesquelles les symptômes suivent une marche plus irrégulière; il en est peu qui offrent des complications plus nombreuses; il en est peu enfin dont le diagnostic soit plus difficile : joignez à cela que la maladie est assez rare par elle-même; que, par conséquent, elle n'a pu être souvent observée. Que de raisons pour justifier la difficulté qu'on

éprouve pour tracer la marche qu'elle suit dans la plupart des cas, comme on peut le faire, par exemple, pour la pleurésie, la péritonite, etc. ! Néanmoins voici l'ordre dans lequel les symptômes paraissent se présenter le plus communément.

La péricardite débute ordinairement par un frisson violent; il s'établit dans tout le côté gauche du thorax une chaleur considérable, qui se concentre peu à peu dans la région du cœur, et est accompagnée d'une douleur brûlante qu'augmente la percussion exercée sur cette région; la respiration devient haute, gênée, fréquente; les malades éprouvent des angoisses insupportables dans la poitrine, et une toux sèche et fatigante; les battemens de cœur sont tumultueux, inégaux, tremblans; le pouls est dur, fréquent, ordinairement petit; les deux pommettes, surtout la gauche, sont colorées en rouge; comme dans toutes les maladies aiguës; des exacerbations ont lieu aux approches de la nuit. Vers le troisième ou le quatrième jour, les traits de la face s'altèrent et sont tirés en haut; l'anxiété et l'agitation deviennent plus considérables; la respiration est haute, pénible, entrecoupée; le pouls petit, serré, concentré, très-souvent irrégulier et inégal; des défaillances, des syncopes incomplètes ont lieu (ce symptôme, qu'on place habituellement au rang de ceux de la seconde période, se rencontre aussi souvent dans la première.) Après cette époque, vers le septième ou le huitième jour, les traits de la face s'altèrent de plus en plus, la douleur cesse en tout ou en partie, des frissons fugaces alternent avec des bouffées de chaleur, les lipothymies se rapprochent et durent plus longtemps, la toux sèche revient par quintes et sans bénéfice pour le malade, l'infiltration générale survient, et le malade meurt souvent au moment où l'on s'y attend le moins. La péricardite, telle que je viens de la décrire, est loin d'offrir toujours cette succession régulière de symptômes; quelquefois son invasion est tellement prompte, son cours si rapide, sa terminaison si subite, qu'elle laisse à peine le temps nécessaire pour fixer le caractère et déterminer le siége de la maladie: d'autres fois elle affecte une marche lente, ses symptômes

se dessinent à peine ; elle constitue alors la péricardite *chronique*.

M. *Corvisart* a décrit trois variétés ou modifications de la péricardite, qu'il désigne sous les titres d'*aiguë*, *sub-aiguë* et *chronique*; mais il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir des limites entre lesquelles chacun de ces trois états de la maladie soit exactement compris, et depuis la péricardite la plus aiguë, qui tue le malade dans le premier temps, jusqu'à celle qui se prolonge indéfiniment, il y a une foule de nuances dont on pourrait faire autant de variétés, et il n'y aurait pas de raison pour ne pas appliquer ces distinctions à chaque genre de phlegmasie.

Le plus souvent la péricardite chronique succède à l'inflammation aiguë ; quelquefois elle est chronique dès le commencement, et arrive d'une manière insensible, sans qu'aucune cause appréciable puisse être accusée ; ses symptômes sont alors des plus obscurs, et le plus souvent méconnaissables : « On est encore loin (*Corvisart*) « d'avoir des connaissances précises sur les inflammations chro- « niques, particulièrement sur celles des viscères contenus dans la « poitrine, et par-dessus tout sur celles du péricarde ; l'histoire de « la péricardite chronique est enveloppée d'une obcurité extrême. » Cependant voici les symptômes que les auteurs s'accordent à lui attribuer : douleur obtuse vers le sternum, mouvemens du cœur irréguliers, toux sèche, dont le besoin persiste toujours, respiration haute, fréquente et comme empêchée, surtout quand le malade se livre à quelque exercice ; alors aussi des syncopes ont souvent lieu, pouls petit, dur et fréquent, fièvre hectique, marasme, œdème général ; le plus souvent il se fait dans le péricarde un épanchement séro-purulent (*symptômes de l'hydropéricarde*). Mais on voit que tous ces symptômes que nous venons d'indiquer sont communs à beaucoup d'autres affections de la poitrine, et qu'ils n'ont de valeur réelle que quand la péricardite chronique existe seule et sans complications.

La durée de la péricardite varie suivant le degré d'acuité de ses symptômes. Dans son état le plus aigu, elle est presque toujours

mortelle avant le septième jour; moins violente, elle peut durer deux ou trois septénaires, et même au-delà. Elle permet quelquefois alors au médecin de tenter avec avantage l'emploi des moyens curatifs, comme M. *Corvisart* nous en offre un bel exemple dans son ouvrage. Parvenue à l'état chronique, elle persiste indéfiniment, et il est impossible d'en prévoir la durée.

Quoique ordinairement sporadique, la péricardite peut cependant régner épidémiquement, comme le prouve l'histoire suivante d'une épidémie de cette nature rapportée par *Trécourt* (Journal de Médecine, décemb. 1755), et que *Sauvages* cite avec éloge.

« Dans le commencement de l'année 1746, il régna parmi les « soldats qui composaient la garnison de Rocroy une maladie « inflammatoire dont les symptômes étaient extraordinaires, et les « effets les plus meurtriers. Les symptômes étaient à peu près les « mêmes que ceux de la péripneumonie, mais beaucoup plus vio- « lens : la difficulté de respirer était extrême, il y avait un long « intervalle de l'expiration à l'inspiration, mais celui de l'inspira- « tion à l'expiration était si court, qu'à peine l'air pouvait-il par- « venir aux premières divisions des bronches. Les malades souf- « fraient une soif extraordinaire, et éprouvaient, lorsqu'ils voulaient « boire, les symptômes les moins équivoques de l'hydrophobie. « Les malades se plaignaient d'une douleur aiguë et fixe à la région « du cœur, qui répondait postérieurement à la partie opposée, « semblable à celle que pourrait causer un clou qui, traversant la « poitrine, tendrait à rapprocher le sternum de l'épine du dos. « Cette maladie était accompagnée de plusieurs autres symptômes, « savoir, de nausées continuelles, de palpitations du cœur, le « pouls petit et concentré, les yeux abattus et larmoyans, la langue « sèche, noire et aride; les urines avaient la couleur naturelle; « le sang était couenneux, et couvert d'une peau jaune, dure et « épaisse. Cette maladie était contagieuse, car elle se communi- « quait à ceux qui avaient soin de ces malades : elle exigeait des

« secours prompts, et beaucoup de célérité dans la cure, car la « plupart n'allaient pas au septième jour. »

L'auteur rapporte plusieurs observations particulières, dans lesquelles sont consignées les ouvertures des cadavres qui constatent la nature et le siége de la maladie. D'un grand nombre d'individus qui en furent atteints, il en périt vingt. « Lorsque cette ma- « ladie passait le cinquième ou le septième jour, on était presque as- « suré de la guérison; mais le deuxième jour passé sans secours, « il était rare que le malade pût en revenir, il périssait le cin- « quième, le sixième ou le septième jour au plus tard. » Les principaux moyens que *Trécourt* mit en usage furent les saignées générales souvent répétées, et les éméto-cathartiques.

Quelque rare que soit une observation de cette nature, puisqu'elle est encore unique, elle ne me paraît pas plus étonnante qu'une épidémie de pleurésie, de péritonite, etc.

CHAPITRE IV.

Modes de terminaison.

La péricardite affecte les mêmes modes de terminaison que les autres phlegmasies en général : *résolution, suppuration* et *gangrène*. Il n'est pas, ce me semble, exact de dire que la péricardite se termine par *inflammation chronique;* en effet, dire qu'une phlegmasie est devenue chronique, c'est convenir qu'elle existe encore, que, par conséquent, elle n'est pas *terminée*. D'ailleurs, la péricardite peut être chronique de prime abord, et elle n'en constitue pas moins alors une véritable inflammation du péricarde; aussi, ai-je réuni dans un même chapitre (*de la marche des symptômes*) la péricardite *aiguë* et la péricardite *chronique*, et les ai-je considérées comme étant seulement des degrés différens d'une seule et même maladie.

Résolution. Cette terminaison, la plus favorable de toutes, est

aussi la plus rare ; on n'a guère le droit de l'espérer que, quand la maladie existe à ce degré modéré, que M. *Corvisart* a indiqué sous le titre de péricardite *subaiguë*, et que, prise à temps, les premiers moyens paraissent suivis d'une amélioration marquée : alors, la fièvre diminue, la respiration devient plus libre, la douleur dans la région du cœur disparaît; celui-ci perd ses mouvemens irréguliers, le pouls reprend son état naturel, les lipothymies deviennent plus rares et cessent tout-à-fait. L'exemple que rapporte le célèbre auteur de l'Essai sur les maladies et lésions organiques du cœur (M. *Corvisart*, 5.e observation) montre tout ce que peuvent les moyens de la médecine dirigés par des mains habiles, et aidés par les efforts curatifs de la nature; elle prouve aussi que, sous l'influence de circonstances particulières, cette heureuse terminaison peut s'effectuer bien au-delà de l'époque désignée par les auteurs, du troisième au cinquième jour de la maladie, puisque, dans l'observation dont il est question, la résolution n'eut lieu que vers le dix-septième jour.

Suppuration. Le plus grand nombre des malades atteints de l'inflammation du péricarde périssent à la suite d'épanchemens formés dans cette membrane; il n'est pas possible d'assigner au juste le moment où la suppuration commence à s'effectuer; cette époque devra varier de même que la nature de l'épanchement, suivant l'intensité de l'inflammation. Cependant, on doit présumer que la suppuration se fait, lorsque, après le six, sept, huit ou neuvième jour, il ne se manifeste aucun signe de résolution; que la douleur, diminuant sans cesser tout-à-fait, est accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la partie affectée; que des frissons fugaces se font ressentir : alors une fièvre hectique s'établit, les traits de la face s'altèrent, les lèvres prennent une couleur bleuâtre, le pouls est petit, faible, fréquent, souvent irrégulier. Si on percute la poitrine dans la région du cœur, on n'obtient qu'un son mat dans une étendue plus ou moins considérable, suivant la dilatation que

le péricarde a éprouvée; les battemens du cœur sont irréguliers, et se font ressentir dans un cercle plus étendu et à travers un liquide. Dans quelques cas, le côté gauche est plus élevé, plus arrondi que le droit; la pression de l'épigastre, dirigée de bas en haut, détermine un sentiment de suffocation ou la syncope; enfin l'infiltration générale survient, et le malade ne tarde pas à succomber.

A ces signes on peut en ajouter quelques autres, qui, plus rares, ne méritent pas moins d'être notés, et qui deviennent des moyens précieux de diagnostic; telles sont les ondulations du liquide épanché dans le péricarde, que *Sénac* dit avoir vues dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes, et que M. *Corvisart* a senties par le toucher; l'opinion des malades eux-mêmes, qui disent sentir leur cœur nageant dans un liquide, etc.

Gangrène. Nous avons indiqué cette terminaison de l'inflammation du péricarde plutôt comme possible que comme démontrée par des observations authentiques. Doit-on rapporter à la gangrène la lésion du péricarde, que *Capivactius* observa chez un homme qui avait été mordu d'un chien enragé, et sur le cadavre duquel cet observateur dit avoir vu une portion du péricarde comme brûlée et réduite en poudre? *Deidier* rapporte des observations relatives à deux femmes mortes de la peste, et qui offrirent des taches gangréneuses à la surface du cœur; mais, en admettant que ces lésions fussent de véritables gangrènes, elles étaient l'effet de *virus* spécifiques, et ne peuvent pas être considérées comme résultat d'une véritable phlegmasie. Au reste, en supposant, ce qui n'est pas probable, qu'une inflammation assez violente pour déterminer la gangrène du péricarde ne tuât pas le malade dans le premier temps, on peut dire d'avance, et par analogie, les phénomènes qui annonceraient cette issue funeste : savoir, vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, la cessation brusque de la douleur sans aucun signe de résolution, la petitesse et la concentra-

tion du pouls, la chute des forces, les sueurs froides et visqueuses suivies d'une mort prompte.

Adhérences. Un caractère particulier aux membranes séreuses et qui les différencie essentiellement de celles qui appartiennent au système muqueux, c'est de contracter des adhérences à la suite de l'inflammation. Les observations d'adhérence du péricarde au cœur ne manquent pas dans les auteurs, et cependant il n'est pas possible encore de déterminer d'une manière satisfaisante les signes qui l'annoncent. Il est prouvé par ce que rapportent *Valsalva*, *Morgagni*, *Bonet*, etc., que l'adhérence complète du péricarde au cœur peut exister sans qu'aucun phénomène puisse la faire présumer; « il paraîtrait donc qu'avec le temps, le cœur s'habitue « quelquefois aux entraves que cette affection, quand elle est gra- « duée et lente dans sa formation, apporte à ses mouvemens. » (*Corvisart.*) Cependant il résulte d'un grand nombre de faits que cet accident entraîne souvent les suites les plus graves, en mettant un obstacle au libre exercice des fonctions du cœur. On conçoit que la plèvre pulmonaire contracte une union plus ou moins étendue avec la plèvre costale sans qu'il s'ensuive de grands inconvéniens pour la santé : la raison en est que, les mouvemens des poumons et ceux des parois du thorax étant isochrones, et tous les points de la cavité contenante correospndant parfaitement à tous les points de la partie contenue, les mouvemens doivent se correspondre et se faire dans le même temps : c'est ce qui n'existe pas pour le cœur relativement au sternum.

Si l'on rassemble les observations rapportées à ce sujet, voici quels sont les signes que l'on peut regarder comme moins incertains de cette affection : rougeurs subites du visage (1); respiration haute, fréquente, essouflée, *anhelatio* (2); toux sèche, sans bénéfice pour

(1) M. *Corvisart.*

(2) La plupart des auteurs.

le malade, *inanis, irrita* (1); état d'anxiété, tiraillement continuel dans la région du cœur (2); pouls très-petit, irrégulier, inégal. Plusieurs des malades qui font les sujets des observations que j'ai consultées avaient de fréquentes lipothymies. L'absence de fortes palpitations est, suivant M. *Corvisart*, un signe très-propre à faire distinguer cet état pathologique des autres affections du cœur. Le plus souvent, enfin, l'infiltration générale et l'ascite surviennent. Tels sont les phénomènes qui se sont montrés le plus communément, mais qui sont susceptibles de varier suivant que l'adhérence est plus ou moins étendue, suivant que le péricarde est uni immédiatement au cœur, ou par le moyen de brides plus ou moins lâches, plus ou moins longues, et diversement disposées. C'est ainsi que le pouls sera quelquefois imperceptible, comme dans l'observation déjà citée de *Valsalva*, rapportée par *Morgagni*: « *Ex « membranâ cor vestiente ad pericardium duæ solidæ et firmæ pro- « ductiones ferebantur, singulæ cylindri formâ, crassi et ligamenti « instar, cor validè ad pericardium annectentis. Altera propè auri- « culam dextram enata, secundùm horizontem in pericardii anterius « latus pergebat; altera autem ab ipso cordis mucrone in mucro- « nem pericardii, tensa adeò, ut non posset ille systoles tempore « basim versùs accedere, nisi pericardium secum traheret, et quod « consequitur diaphragma.* » (MORGAGNI, *epist.* 24, n.° 2.) Dans certains cas le pouls offrira différens caractères, suivant la situation du malade; enfin les battemens du cœur seront, par l'effet des mêmes circonstances, soumis aux mêmes variations.

CHAPITRE V.

Des complications et du diagnostic.

La péricardite peut se compliquer de beaucoup d'autres maladies, soit que celles-ci la précèdent, ou qu'elles ne se déve-

(1) *Morgagni.*
(2) M. *Corvisart.*

loppent que consécutivement, soit enfin qu'elles se déclarent en même temps que l'affection du péricarde. Les complications les plus communes, celles qu'il nous importe le plus d'examiner, sont celles qui résultent de la coïncidence de la phlegmasie en question avec les fièvres *gastrique*, *adynamique* et *ataxique*, ou avec d'autres phlegmasies, telles que la *pleuropneumonie*, la *gastrite*, la *diaphragmite*, etc.

Les nombreux rapports qui lient à toute l'économie les organes de la digestion les rendent très-susceptibles d'être influencés par la plus légère affection : aussi voyons-nous l'embarras gastrique survenir dans la plupart des maladies, surtout dans celles où il y a *pyrexie*, soit fièvre essentielle, soit phlegmasie. Sans doute que la manière de vivre des malheureux qui peuplent les hôpitaux, que l'habitude dans laquelle ils sont de se gorger d'alimens ou de boissons spiritueuses avant de venir réclamer les secours de la médecine, sans doute que ces causes contribuent pour beaucoup à rendre cette complication si fréquente. Ce genre de complication semble appartenir plus particulièrement encore aux phlegmasies des membranes séreuses : on sait combien *Stool* a observé de *pleurésies bilieuses*, de *phrénésies bilieuses*, etc.

On a vu la péricadite avec des phénomènes bilieux si intenses, qu'ils masquaient entièrement l'affection principale, et la rendaient méconnaissable. En voici un exemple que j'ai recueilli à l'hôpital de la Charité.

IVe OBSERVATION.

Une jeune fille (Victoire Pechard), agée de 17 ans, saine, non encore réglée, et sujette depuis un an à des céphalalgies, à des bouffées de chaleur et à des vertiges qui l'obligeaient quelquefois à s'asseoir, fut prise, le mercredi 17 juillet 1818, de courbature et d'un sentiment de pesanteur générale. Dès ce même jour, à midi, frisson violent, auquel succède une chaleur âcre et mordicante; soif vive, fièvre continue; bouche amère; nausées, vo-

missemens bilieux et déjections de même nature. En même temps la jambe gauche devient le siége d'un gonflement considérable avec rougeur érysipélateuse, tension, chaleur et douleur; insomnie, agitation la nuit. Entrée à l'hôpital le lendemain, deuxième jour de la maladie, elle présente l'état suivant : coucher indifférent, pommettes colorées, teinte ictérique du pourtour des lèvres et des ailes du nez, céphalalgie presque nulle, langue recouverte d'un enduit jaunâtre, nausées, vomissemens bilieux, diarrhée de même nature; abdomen souple et nullement douloureux, si ce n'est à l'épigastre, qui est tendu, et où la pression détermine un sentiment de gêne insupportable. La boisson prise pour satisfaire la soif dont la malade est dévorée l'incommode beaucoup, et augmente l'état d'anxiété particulière dont elle est agitée. La respiration est fréquente et embarrassée : du reste, nulle douleur au thorax, qui résonne dans tous ses points ; pas de toux ni d'expectoration ; chaleur âcre de la peau ; pouls plein, fort et fréquent. La jambe est dans le même état que la veille. (*Prescript.* : saignée de 10 onces, boissons tempérantes). Le sang est pleurétique. Exacerbation vers le soir; délire la nuit.

Le 19 juillet, troisième jour de la maladie, les mêmes symptômes persistent : la malade est couchée négligemment sur le côté gauche; le moindre mouvement lui est insupportable; la face est grippée, la soif des plus vives, la moindre quantité de boisson insupportable, l'anxiété est à son comble; la pression de l'épigastre détermine un sentiment d'oppression considérable; la respiration est accélérée, entrecoupée; le pouls fréquent, petit et faible. (Boissons tempérantes). Exacerbations le soir; délire la nuit.

Le 20 juillet, quatrième jour de la maladie : prostration complète des forces, les traits s'affaissent (*carnes evanescunt*, Stool), et la mort a lieu dans la matinée.

Examen du cadavre. Plèvres et poumons sains; le péricarde, distendu par une sérosité lactescente, dans laquelle nagent quelques

flocons albumineux, est tapissé dans toute l'étendue de sa surface exhalante par une fausse membrane épaisse, tomenteuse, et d'un gris blanchâtre; cœur flasque, décoloré, facile à déchirer; estomac et intestins intacts.

La péricardite ne fut soupçonnée par personne, excepté par M. *Soula*, mon collègue, et docteur distingué de la faculté de Montpellier, qui crut reconnaître quelques traits de la phlegmasie dans l'altération particulière de la face, dans l'espèce d'embarras de la respiration, et surtout dans l'état d'anxiété extrême qu'augmentait encore l'ingestion de la plus petite quantité de boisson. Ce dernier signe, qui n'a été remarqué par aucun auteur, m'a été indiqué par M. *Soula* lui-même, qui l'a rencontré toutes les fois qu'il a eu occasion d'observer la péricardite; j'ai pu moi-même depuis renouveler cette observation. Ce phénomène n'aurait rien d'étonnant, si l'estomac n'avait été trouvé parfaitement sain et exempt de phlogose.

Malgré la facilité avec laquelle on reconnaît la complication bilieuse, il ne faudrait pas toujours s'en rapporter aux seules nausées, ni même aux vomissemens et à la douleur de l'épigastre, pour diriger contre elle les moyens curatifs, puisque la gastrite, qui complique assez souvent l'inflammation du péricarde, peut produire ces effets; et l'on sait quelles funestes conséquences entraînerait une erreur de cette nature. Or, lorsqu'aux signes de la phlegmasie se joindra une céphalalgie sus-orbitaire, que la bouche sera amère, la langue recouverte d'un enduit jaunâtre; qu'il y aura nausées, vomissemens bilieux, etc., on pourra juger qu'il y a embarras gastrique; il n'est même pas nécessaire que tous ces signes existent, les principaux suffisent.

On voit quelquefois la fièvre concomitante de la péricardite prendre le caractère adynamique et ataxique; cette complication a rarement lieu de prime-abord; elle succède le plus souvent à l'état bilieux: alors la langue se sèche et devient fuligineuse, les forces sont abattues; le délire, des mouvemens convulsifs, des soubresauts ont lieu; les déjections sont fétides; la peau est aride et brû-

lante, le pouls est très-petit et irrégulier; la face prend une teinte terreuse, et offre le caractère si bien décrit par Hippocrate, etc.; enfin les symptômes les plus funestes annoncent une mort prochaine et inévitable. Cette espèce de complication est la plus fâcheuse de toutes, autant par sa nature que par l'embarras dans lequel elle jette le médecin; en effet, les moyens dirigés contre l'adynamie ajouteraient nécessairement à l'intensité de l'affection inflammatoire, et à leur tour les remèdes antiphlogistiques tendraient à rendre plus graves encore les symptômes d'adynamie.

Par une sorte de sympathie, les phlegmasies d'un tissu ont une tendance à se réfléchir sur les tissus analogues; on a vu l'inflammation du péricarde se répéter sur l'arachnoïdite. M. *Corvisart*, dans son ouvrage, nous en offre un exemple. On en trouve également dans le mémoire de M. *Mathey* sur le rhumatisme du cœur, et dans la thèse inaugurale de M. *Boulier*, an 1812, n° 69. Cette complication est fort difficile à reconnaître, et peut en imposer pour une fièvre ataxo-adynamique : on conçoit de quel danger serait une telle erreur.

Il est infiniment rare que le péricarde soit enflammé sans que la phlegmasie se propage aux organes voisins, ou qu'elle se transmette sympathiquement à des organes plus ou moins éloignés; aussi presque toutes les observations de péricardite que nous ont transmises les auteurs offrent des complications d'affection semblable des plèvres, des poumons, du cœur, du diaphragme, de l'estomac, etc. Au milieu de cet assemblage confus de symptômes qui masquent l'affection qu'on recherche, il est bien difficile et souvent même impossible d'asseoir un jugement certain; la plus commune de ces complications est certainement la pleuropneumonie, « et il serait fréquemment bien difficile de dire laquelle « affection a commencé la première, ou si l'invasion des deux a été « simultanée ». (*Corvisart.*)

Voici un exemple de péricardite très-compliquée, dans laquelle l'affection du péricarde a été méconnue.

V^e. OBSERVATION.

Un enfant âgé de neuf ans, d'une constitution délicate, fut pris, le 27 février 1818, sans cause connue, de lassitudes, d'accablement, de frissons suivis de chaleur, d'une soif ardente, et d'une douleur fixe au côté droit de la poitrine, avec dyspnée considérable, toux sèche et douloureuse. A ces symptômes se joignirent bientôt de la céphalalgie, du dégoût pour les alimens, des douleurs dans l'abdomen, avec une légère diarrhée. Les symptômes allèrent toujours croissant jusqu'au 6 mars, dixième jour de la maladie, qu'il entra à l'hôpital. Il m'offrit alors l'état suivant : coucher sur le côté gauche, douleur au côté droit de la poitrine, augmentant par la percussion, d'ailleurs la poitrine résonnait assez bien; respiration difficile, haute et plaintive; état d'anxiété extraordinaire, abattement; pommettes et lèvres d'un rouge intense, légère céphalalgie, battemens remarquables des temporales; langue sèche et rouge, recouverte d'un enduit blanchâtre sur ses côtés, grisâtre au centre; soif dévorante; la boisson prise pour la satisfaire incommodait beaucoup, et augmentait les anxiétés; la pression de l'épigastre déterminait les mêmes effets; le ventre était légèrement ballonné et douloureux à la pression; le pouls fréquent, dur, serré et irrégulier, les battemens du cœur tumultueux et inégaux. (*Prescription* : vésicatoire sur le côté droit de la poitrine; cataplasmes d'oxycrat, et fomentations camphrées sur l'abdomen; eau d'orge avec oxymel; petit-lait avec eau de fleurs d'oranger; potion gommeuse avec camphre iij grains; clystère émollient ; diète absolue.)

Exacerbation des symptômes le soir; délire la nuit.

Le 7 mars (11.e jour de la maladie). Décubitus sur le dos et élevé, face animée, douleur de côté moins vive, mais respiration de plus en plus gênée; le petit malade élève ses bras pour la faciliter; il éprouve le besoin de respirer un air frais, et se plaint d'être

suffoqué par les personnes qui l'environnent. Toux fréquente et incommode, expectoration rare, difficile, et de matières muqueuses; angoisses, agitation extrême (jactitation); langue âpre et sèche; soif des plus vives, etc. Les autres symptômes sont les mêmes que la veille. (*Prescription :* la même que la veille; on y ajoute six sangsues à l'anus, et un vésicatoire à l'une des jambes.)

Exacerbation vers le soir. Le délire devient continu avec de légères rémissions le matin.

Cet état persiste jusque vers le 11 mars (15.e jour de la maladie). Alors la prostration des forces est complète, la face est pâle, les traits sont affaissés, la langue sèche et brunâtre; le pouls devient petit, irrégulier, intermittent, et se perd insensiblement. La mort arrive à huit heures du soir.

Examen du cadavre. Plèvres costales et pulmonaires des deux côtés adhérentes dans plusieurs points au moyen de fausses membranes très-épaisses; hépatisation du lobe inférieur du poumon du côté droit. La portion de la plèvre qui forme la paroi droite du médiastin antérieur présentait un épaississement de plusieurs lignes, et était d'un rouge intense; le médiastin postérieur offrait la même altération. La cavité du péricarde contenait six onces environ d'une sérosité trouble et floconneuse; la surface exhalante de cette membrane était complètement recouverte d'une couenne épaisse, d'un blanc grisâtre. L'estomac était parsemé à sa surface interne de taches rouges; enfin le corps des quatrième et cinquième vertèbres dorsales était affecté d'un commencement de carie. Ce dernier trait donne à cette observation quelque ressemblance avec celle que M. *Corvisart* a consignée dans son ouvrage sous le n.° 6, et dans laquelle il est question d'un commencement de carie de la cinquième vertèbre dorsale et de la tête de la côte correspondante; ce que notre illustre professeur regarde comme l'effet d'un *acre sui generis ?* Il faut dire cependant que ces deux observations offrent cette différence remarquable, que, dans l'une, la maladie

était chronique, et avait lieu chez un homme de soixante-deux ans, sujet depuis long-temps aux douleurs rhumatismales, tandis que la maladie dont j'ai fait l'histoire se passait sur un enfant de neuf ans, qu'elle était survenue tout à coup, et avait parcouru ses périodes d'une manière assez rapide.

On peut juger, d'après cette observation, combien il est important de consulter l'état de la circulation, puisque l'irrégularité du pouls, les battemens tumultueux du cœur, furent, dans ce cas, presque les seuls signes qui pussent faire soupçonner l'affection de l'enveloppe du cœur; encore ces symptômes sont-ils loin d'être certains. Au mois de juillet 1818, époque où je faisais des recherches relatives au sujet que je traite ici, il mourut à la Charité une femme qui présenta à l'examen cadavérique les traces d'une arachnoïdite et d'une pleuro-pneumonie intenses. La première de ces maladies ne s'était manifestée avant la mort par aucun des symptômes caractéristiques qu'on a coutume de lui assigner. Ayant examiné la malade avec beaucoup de soin, les battemens tumultueux du cœur et l'inégalité du pouls, joints à un état d'anxiété extrême, et le sentiment d'un poids considérable sur le sternum, me firent penser que le péricarde pourrait bien partager l'état inflammatoire de la plèvre et du poumon; mais je fus bien surpris, quand on ouvrit le cadavre, de ne pas rencontrer l'affection que je recherchais, puisque le cœur et ses enveloppes étaient parfaitement sains, mais encore de trouver les traces d'une maladie que personne n'avait soupçonnée.

L'histoire de la diaphragmite est encore trop peu avancée pour qu'il soit possible de déterminer les caractères de cette complication. En effet, pour que les observations que l'on possède déjà sur cette maladie pussent être utiles aux progrès de l'art, il faudrait que les désordres survenus dans le diaphragme eussent été décrits avec plus de soins et de précision. C'est ainsi qu'il aurait été essentiel de distinguer si l'altération observée après la mort appartenait à la portion de la plèvre ou du péritoine qui recouvre le diaphragme,

ou bien si elle résidait dans le tissu propre du muscle. *Stool* rapporte l'observation très-compliquée d'une péricardite ; il décrit avec beaucoup de soins les différentes altérations survenues dans le péricarde, les plèvres, les poumons, etc. ; et pour le diaphragme il se contente de dire : *diaphragma præcipuè in parte tendineâ, admodùm inflammatum* (*Rat. med.*), sans joindre aucune description de l'espèce d'altération que le muscle a subie.

La plus grande obscurité règne encore sur l'histoire de la cardite et sur la nature des désordres que les phlegmasies entraînent dans le tissu musculaire. Les anciens ont souvent attribué au cœur lui-même les lésions qui n'appartenaient réellement qu'à la tunique séreuse épaissie de cet organe. Aujourd'hui que l'anatomie pathologique a fait de si grands progrès, on n'est pas encore d'accord sur la nature de ces désordres. D'ailleurs, en supposant ces connaissances anatomiques acquises, il serait toujours très-difficile de différencier deux maladies si distinctes à la vérité par leur siége, mais si ressemblantes par leurs symptômes. *Stool* dit qu'on reconnaît la cardite « aux signes généraux de la fièvre inflammatoire, « à l'ardeur et à la douleur obtuse, pressive aux environs du cœur, « avec anxiété, agitation, syncope ; à un pouls très-faible, accé- « léré, vacillant, étonnamment changeant. (Aph., trad. *Corvisart.*) On voit qu'il n'y a guère que la violence des symptômes, plus grande dans l'inflammation du cœur, qui la distingue de celle de son enveloppe membraneuse. Au reste, cette distinction, importante pour les progrès de l'anatomie pathologique, l'est peu pour la pratique, puisque le traitement, dans ces deux cas, reste absolument le même.

La péricardite chronique entraîne ordinairement à sa suite d'autres affections qui obscurcissent le diagnostic : ainsi l'hydropéricarde en est un effet presque constant. D'une autre part les autopsies que l'on fait journellement dans les hôpitaux, et les observations que nous ont laissées les auteurs, nous font voir assez souvent des affections organiques du cœur, compliquant l'inflammation chro-

nique de la tunique séreuse ; en effet, on conçoit qu'une phlegmasie existant à la surface du cœur, l'irritation, sans cesse entretenue, peut augmenter vicieusement la nutrition de cet organe, exalter ses propriétés vitales, et y déterminer divers états pathologiques. Ne sait-on pas qu'il suffit qu'un organe soit affecté pour qu'il devienne un centre de maladies? C'est ce qui fait, par exemple, que les individus atteints de phthisie pulmonaire sont si sujets aux catarrhes, aux pleurésies, aux pneumonies, aux hémoptysies, et réciproquement, que les malades les plus sujets aux catarrhes pulmonaires, aux pleurésies, aux pneumonies, etc., sont aussi les plus enclins à la phthisie pulmonaire.

On peut juger, d'après tout ce que nous venons de dire, de la difficulté d'établir un diagnostic certain. Si, dans les cas les plus simples, il n'est pas toujours possible de reconnaître la maladie, comment l'apercevoir lorsqu'elle sera environnée de cette foule de complications ? Une grande surface nous paraît enflammée, sans qu'il soit possible de juger, d'après des signes certains, que l'enveloppe du cœur est affectée ; cependant, en ayant égard aux modifications qu'a subies la circulation, à la manière dont se font les battemens du cœur et du pouls; ayant égard à cela que ce trouble est survenu tout à coup, qu'il est accompagné d'une fièvre violente et d'un état d'angoisse extraordinaire, que le malade rapporte à la région du cœur, surtout des lipothymies et des syncopes s'y joignant ; enfin, si l'on considère que ces phénomènes ne se rapportent pas à des maladies communes, comme la pleurésie, la péripneumonie, etc., on pourra quelquefois porter un jugement assez sûr. Mais, dans les cas de péricardite chronique, le diagnostic sera toujours des plus obscurs.

CHAPITRE VI.

Du prognostic.

L'inflammation du péricarde est toujours une maladie très-grave. Sa gravité dépend, 1.° de la disposition du péricarde, disposition

commune à toutes les membranes séreuses ; 2.° de l'importance de l'organe que le péricarde revêt ; 3.° de la violence plus ou moins grande de l'inflammation ; 4.° enfin des complications qui peuvent survenir.

1.° Si l'on se rappelle la disposition des membranes séreuses, qui sont, comme on le dit, des espèces de sacs sans ouverture on jugera facilement du danger qui devra résulter d'épanchemens formés dans leur cavité, et en particulier dans celle du péricarde : la matière de l'épanchement ne pouvant trouver d'issue, elle doit nécessairement entraîner des suites funestes ; car il n'est pas probable qu'elle puisse être reprise par des absorbans ; en second lieu, on ne fait pas impunément une ouverture au péricarde.

2.° Il est certain que l'inflammation d'une membrane séreuse sera d'autant plus grave, que l'organe que cette membrane revêt exercera des fonctions plus importantes, et qu'il tiendra la vie sous une dépendance plus ou moins immédiate. Sous ce rapport, quel danger ne devra pas entraîner la péricardite, par le trouble qu'elle détermine dans les fonctions de l'organe essentiel de la circulation, de cet organe dont les mouvemens modérés, constans et réguliers, sont absolument nécessaires à l'entretien de la vie ! Ces mouvemens continuels, tout-à-fait indépendans de la volonté, et qu'il n'est pas au pouvoir des malades de modérer ; ces mouvemens que l'état inflammatoire tend au contraire à rendre plus violens, deviennent eux-mêmes une cause incessamment agissante d'inflammation, bien propre sans doute à rendre toujours très-grave le prognostic de la péricardite.

3.° On pense bien que le trouble, par conséquent le danger, sera d'autant plus grand, que l'inflammation sera plus intense. Nous avons vu que l'inflammation très-aiguë donnait la mort dans le premier temps de la maladie, et avant que la cause ait pu être reconnue. On peut dire aussi que le prognostic sera d'autant moins défavorable, que l'inflammation sera moins aiguë, parce qu'on a plus lieu d'espérer une heureuse solution, surtout si cette

terminaison est favorisée par une évacuation critique ou par le rétablissement d'une affection morbifique, ou d'un flux dont la suppression aurait déterminé le développement de la maladie.

4.° Une complication quelconque ajoute toujours au danger de la maladie, à laquelle elle vient s'unir. Ce danger sera d'autant plus grand que les complications seront plus nombreuses, et qu'elles appartiendront à un ordre de maladies plus dangereuses par elles-mêmes : c'est ainsi que la péricardite simple offrira plus de chances de guérison que celle qui sera compliquée de l'inflammation simultanée des poumons, des plèvres, du diaphragme, etc. C'est ainsi que les fièvres ataxique et adynamique, unies à la phlegmasie, seront, de toutes les complications, les plus funestes.

Les chances plus ou moins favorables de succès sont aussi relatives à l'opportunité des remèdes, et à la promptitude avec laquelle ils sont mis en usage. *Trécourt*, dans l'épidémie dont nous avons parlé, dit que tous les malades qui n'avaient pas été secourus dans les deux premiers jours mouraient constamment avant le septième jour.

Enfin, la gravité du prognostic dépend encore du mode de terminaison de l'inflammation : ainsi l'adhérence du péricarde au cœur est, toutes choses égales d'ailleurs, moins fâcheuse que l'épanchement qui peut survenir, puisque des observations anatomiques assez nombreuses prouvent que des individus ont pu vivre avec ces adhérences, et n'en ont été que peu ou point incommodés; tandis qu'un épanchement dans cette poche membraneuse a toujours tôt ou tard entraîné la mort.

CHAPITRE VII.

De l'état du Péricarde après la mort.

De l'inflammation du péricarde résultent dans cette membrane des altérations dont l'examen appartient spécialement à l'anatomie

dite *pathologique.* Ces effets sont nombreux et se rapportent aux adhérences que cette membrane peut contracter, aux divers épanchemens dont elle peut être le siége; enfin, aux changemens survenus à sa surface et dans sa texture.

Les adhérences diffèrent entre elles suivant qu'elles sont plus ou moins complètes, qu'elles se font avec ou sans l'intermède de diverses substances.

Il peut se faire que les deux surfaces séreuses du péricarde soient tellement unies dans la plus grande partie ou la totalité de leur étendue, qu'il soit absolument impossible de les séparer. Cette disposition s'est rencontrée quelquefois; et quand elle n'était accompagnée d'aucune autre altération, elle a pu en imposer et faire croire à l'existence de cœurs sans péricarde. *Lieutaud*, dans son ouvrage *Theoria anatomico-medica*, en a réuni un assez grand nombre d'exemples. Mais ces adhérences peuvent avoir lieu d'une manière si lâche, que le moindre effort suffise pour les détruire. Dans ces cas, la reunion s'opère à l'aide d'un tissu floconneux, ressemblant à un tissu cellulaire très-lâche; d'autres fois, elle se font au moyen de brides solides, lisses et polies, qui ont toute l'apparence d'une parfaite organisation analogue à celle des membranes séreuses, comme on en trouve des exemples dans *Morgagni* et *Sénac.* Ces productions, ordinairement de forme cylindrique, paraissent être formées de l'adossement de fausses membranes analogues à celles qu'on rencontre souvent entre les plèvres, et qu'on a quelquefois trouvées percées d'un canal dans leur intérieur. Ces adhérences partielles paraissent s'effectuer plus souvent vers la pointe du cœur avec la partie correspondante du péricarde.

Les matières épanchées dans le péricarde, après l'inflammation de cette membrane, sont très-variables; le plus souvent c'est une sérosité semblable à du petit-lait, ordinairement trouble, plus ou moins mêlée de pus et de flocons albumineux. Il est rare que ce soit un véritable pus analogue à celui auquel donne lieu l'inflammation du tissu cellulaire; cependant on y en a quelquefois ren-

contré. *Storck* rapporte l'histoire d'un individu chez lequel on trouva le péricarde d'un volume tel, qu'il égalait presque la tête d'un homme, et qui contenait six livres d'un pus véritable, *meri puris.* Des observations prouvent que le sang peut s'épancher par exhalation dans le péricarde. (Lieutaud, *Theoria anat. med.*) On lit, dans l'inépuisable ouvrage de Morgagni, *de sedibus et causis*, etc., l'exemple d'une fille morte d'une péripneumonie durant le cours de ses menstrues : à l'autopsie cadavérique, on trouva une eau rougeâtre dans le péricarde.

Quelquefois après une inflammation aiguë on trouve le péricarde tapissé à l'intérieur par des espèces de fausses membranes, qu'il ne faut pas confondre avec celles dont nous avons parlé précédemment ; elles n'ont ni vaisseaux, ni rien d'organique, et ne paraissent être autre chose que de l'albumine concrétée ; elles donnent aux surfaces qu'elles revêtent différentes apparences : tantôt c'est un tissu tomenteux d'où s'élèvent de nombreux filamens, que des préjugés populaires ont fait regarder comme des poils ; tantôt c'est une couche épaisse formée de fibres entrecroisées en divers sens, offrant des inégalités et des enfoncemens qui en ont souvent imposé pour des ulcérations de la substance du cœur : « *Scilicet ex pericardii humore præter naturam se habente,* « *aliquandò concretiones quædam cordi adhærent, quæ suâ in-* « *æqualitate et colore erosionem mentiuntur.* » (Morgagni, *de sed. et caus. morb.*, epist. 25, n.° 24.) On a vu, à la suite d'inflammations très-violentes compliquées d'adynamie, la sérosité d'une couleur grisâtre ou jaunâtre, et d'une fétidité insupportable. Enfin, il peut se sécréter à la surface exhalante du péricarde une matière transparente, demi-fluide, tremblante, et offrant toutes les apparences de la véritable gélatine. (*Sénac*, *Trecourt*, *Mathey.*)

A ne juger que par analogie avec les autres membranes séreuses, la surface du péricarde doit offrir peu de changement lorsque le malade succombe au deuxième ou troisième jour ; à

peine doit-on apercevoir quelques légères traces de phlogose ; et si l'exhalation séreuse et floconneuse ne l'attestait, on pourrait souvent révoquer en doute l'inflammation. Cependant beaucoup d'observations prouvent que la péricardite parcourt souvent ses périodes avec une rapidité extrême ; et que la mort, arrivant après trois, deux, et même un jour, a permis de voir dans la membrane les effets les moins équivoques de l'inflammation : taches rouges et livides ; exsudations albumineuses, aspérités, inégalités, épaississement de la membrane.

Le péricarde, quand il est le siége d'une inflammation chronique, est susceptible d'acquérir une épaisseur considérable ; ce qui dépend probablement d'une augmentation vicieuse dans l'activité de la nutrition de cette partie. *Freind* dit avoir vu cette membrane épaisse de quatre pouces. *Sénac*, qui révoque en doute ce fait, dit qu'il a vu cet épaississement porté jusqu'à un pouce. On trouve dans les écrits de *Bonet*, *Morgagni*, *Lieutaud*, *Stool*, des exemples de ces épaississemens plus ou moins considérables ; mais, dans cet état, les surfaces séreuses ont ordinairement perdu leur poli naturel ; elles sont devenues rugueuses et inégales.

J'ai vu, chez une petite fille de dix à onze ans qu'on ouvrit à l'hospice de clinique interne, le cœur offrant une dilatation anévrismale considérable : le péricarde, qui y adhérait dans tous ses points, était épais de plus de six lignes ; il se coupait avec facilité, et présentait la demi-transparence, la couleur, et la consistance du lard chaud.

L'inflammation chronique des membranes séreuses est caractérisée par la production, à leur surface interne, de petits tubercules miliaires : on a quelquefois rencontré cette disposition dans le péricarde. *Bichat* regarde cette affection comme une maladie particulière, distincte de la phlegmasie, et analogue aux éruptions miliaires de la peau, aux aphthes des membanes muqueuses. Dailleurs des observations semblent prouver que les membranes séreuses sont susceptibles de devenir le siége d'inflammations spécifiques, et

d'offrir dans ces cas, à leur surface, des pustules analogues à celles qu'on rencontre sur la peau.

CHAPITRE VIII.

Du traitement.

Le traitement de la péricardite diffère peu de celui des inflammations des autres viscères de la poitrine. Nous avons vu que cette maladie affectait ordinairement une marche prompte, une terminaison le plus souvent funeste; qu'elle était toujours dangereuse, même dans les cas en apparence les plus favorables. C'est dire assez qu'elle exige les moyens les plus prompts et les plus énergiques; moyens qui devront cependant être modifiés suivant l'âge, la constitution de l'individu, les circonstances particulières dans lesquelles il se trouve, et suivant les causes de la maladie, l'intensité de ses symptômes et les complications qui peuvent s'y joindre.

Parmi les moyens curatifs, quand la maladie est aiguë, qu'elle est à son début, la saignée tient le premier rang : on ne saurait trop insister sur les déplétions sanguines; par trop de timidité on laisserait périr le malade : elles doivent être peu copieuses et souvent répétées. Ce n'est que par ce moyen que *Trécourt* parvint à sauver un grand nombre de ses malades. « Je faisais saigner, « dit-il, de deux heures en deux heures (suivant la violence « des symptômes, car les uns étaient plus graves, les autres moins) « jusqu'à quatre ou cinq fois. » On ne doit pas craindre d'en prolonger l'usage jusqu'à une époque avancée de la maladie. M. *Fouquier,* ce sage praticien, insiste sur ce moyen tant que les symptômes, surtout la dureté et la fréquence du pouls, indiquent que l'inflammation subsiste; et je n'ai jamais vu qu'il eût eu lieu de s'en repentir. Les saignées générales doivent être employées préférablement aux saignées locales, surtout au début; elles opèrent une déplétion plus prompte, elles agissent sur toute l'economie à

la fois, et diminuent la violence des contractions du cœur ; enfin elles rendent la respiration plus libre, en évacuant une partie du sang dont les poumons sont embarrassés.

Les saignées locales ne seront utiles que quand elles auront été précédées de la saignée générale, ou quand l'inflammation sera parvenue à l'état chronique. « Lorsque la fluxion est parvenue à « l'état fixe, dans lequel elle se continue avec une activité beau- « coup moindre qu'auparavant (dans les maladies aiguës), ou « lorsqu'elle est devenue faible et habituelle (dans les maladies « chroniques), on doit en général préférer les *attractions* et les « évacuations dérivatives qui se font dans les parties voisines de « l'organe qui est le terme de la fluxion. » (*Barthez*, Mém. sur le traitem. méthod. des fluxions.) Quant aux vésicatoires et autres dérivatifs appliqués sur le lieu même de la maladie, on ne devra jamais les employer dans la première période de la maladie ; ils seraient plus propres à augmenter l'inflammation qu'à la détruire, comme l'a fait observer *Tissot ;* mais, à une époque plus avancée, lorsque l'éréthisme général sera calmé, lorsqu'on n'aura plus à craindre l'action *synergique*, pour me servir de l'expression de *Barthez*, ces moyens pourront devenir très-utiles. M. *Corvisart* se loue beaucoup de l'usage des vésicatoires. Le séton sur la poitrine a été employé avec succès à l'Hôtel-Dieu par M. *Récamier*.

Les sinapismes appliqués aux membres ne seront pas moins utiles pour calmer les accès de suffocation, si violens dans cette maladie.

Le moyen qu'indique *Morgagni* de faire plonger les mains et les bras dans l'eau chaude aux individus atteints d'anévrisme du cœur trouverait peut-être, dans le cas dont je parle, une heureuse application.

Les moyens internes consisteront dans les boissons délayantes émulsionnées, ou acidulées suivant les cas, et auxquelles on ajoutera quelques grains de nitrate de potasse, les potions calmantes diversement modifiées, suivant l'indication.

Les diurétiques seront surtout indiqués lorsque la maladie sera

chronique : ils préviendront l'épanchement dans le péricarde et l'infiltration générale, et pourront peut-être les dissiper, lorsqu'ils existeront déjà : on emploie à cet effet l'oxymel scillitique, les préparations de digitale pourprée, qu'on ajoute aux tisanes ou aux potions du malade. Cette dernière substance trouve ici une application spéciale, s'il est vrai que son usage influe sur la contractilité du cœur, et qu'elle ralentisse la circulation.

Comme dans toutes les autres maladies, on aura égard aux diverses complications. L'embarras gastrique, s'il était léger, pourrait être négligé sans inconvénient; mais s'il était considérable et que la fièvre tendît à la dégénération putride, les évacuans, les émétocathartiques, devraient être mis en usage, etc.

La liberté du ventre doit être entretenue par des clystères.

Les moyens dits *hygiéniques* sont les mêmes que pour la pleurésie et la péripneumonie, et ne reçoivent aucune modification particulière. Ainsi les malades seront placés dans une atmosphère douce et égale, qu'on maintiendra au même degré. Leur lit sera peu couvert, le contact des couvertures leur étant souvent insupportable. Ils seront assujettis à une diète d'autant plus sévère, que la maladie sera plus aiguë. On cherchera à favoriser les sécrétions et à rétablir celles dont la suppression soupçonnée aurait pu influer sur le développement de la maladie. Le repos sera absolu. Enfin on écartera tout ce qui pourrait influer d'une manière fâcheuse ou trop vive sur le moral du malade.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edit VALART*).

I.

In perturbationibus alvi, et vomitibus sponte ortis, siquidem, qualia oportet purgari, purgentur, confert, et facilè ferunt : sin minùs, contrà. Sic et vasorum evacuatio, siquidem, qualem fieri decet, fiat, confert, et facilè ferunt : sin minùs, contrà. Respicere igitur oportet et regionem, et tempestatem, et morbos in quibus convenit, aut non. *Sect.* 1, *aph.* 2.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet : quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

IV.

Si à morbo cibum quis capiens non roboretur, indicat corpus uberiori alimento uti. Si verò cibum non capienti hoc eveniat, evacuationis opus habere non oportet. *Ibid.*, *aph.* 8.

V.

In alvi profluviis mutationes excrementorum juvant, nisi in prava mutentur. *Ibid.*, *aph.* 14.

VI.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

VII.

Ubi dissectum fuerit os, aut cartilago, aut nervus, aut genæ pars tenuis, aut præputium, neque augetur, neque coalescit. *Sect.* 6, *aph.* 19.

VIII.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum : intùs verò foràs, bonum. *Ibid.*, *aph.* 25.

IX.

Si à leucophlegmatiâ detento vehemens diarrhæa superveniat, morbum solvit. *Sect.* 7, *aph.* 29.

X.

Aures frigidæ, pellucidæ, contractæ, lethales sunt. *Sect.* 8, *aph.* 14.